



DIVISION OF DEVELOPMENTAL DISABILITIES

ແຜນປະຕິບັດການ

ການບໍລິການຕ່າງໆດ້ານເມົດືອດ

PLANNED ACTION NOTICE

MEDICAID SERVICES

ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງຈຸກສຳນວນ/ຜູ້ຮ້ອງຂໍ

ຊື່ແລະບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າ

ທາງພະແນກ DDDໄດ້ທຳການຕັດສິນ (ຕ່າງໆ) ດັ່ງລຸ່ມນັ້ນກ່ຽວກັບການບໍລິການຫລືການຂໍເອົາການບໍລິການຕ່າງໆຂອງທ່ານ.

ການຕັດສິນນີ້ແມ່ນມີຜົນໃຊ້ໄດ້ນັບ ແຕ່ _____

ເຫດຜົນຂອງການປະຕິສົດ, ການລຸດ, ຫລືການຢຸດຕິການບໍລິການ

ບັນຊີນີ້ອ້າງເຖິງເຫດຜົນຕາມເລກຕ່າງໆຢູ່ລຸ່ມນັ້ນ:

- ທ່ານບໍ່ມີເງື່ອນໄຂເໝາະສົມຕໍ່ການບໍລິການ.
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກວດສອບເພື່ອຄວາມຕ້ອງການເປັນຕໍ່ການບໍລິການນີ້.
- ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບຫລືໃຫ້ການບໍລິການໃນແບບທີ່ທ່ານຂໍຮ້ອງເອົາ.
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກວດສອບເພື່ອຄວາມຕ້ອງການເປັນສໍາຮັບຈຳນວນຂອງການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ທ່ານທີ່ທ່ານຂໍຮ້ອງຫລືໄດ້ຂໍຮ້ອງເນື້ອກ່ອນແລ້ວນັ້ນ.
- ການບໍລິການຕ່າງໆແມ່ນມີໄວ້ໃຫ້ໂດຍຜ່ານແຫ່ງບໍລິການອື່ນໆ.
- ທ່ານບໍ່ມີເງື່ອນໄຂເໝາະສົມສໍາຮັບໄລ່ງການພະຍາບານຕາມປະເພດຄວາມຕ້ອງການທີ່ຈັດໄວ້.
- ທ່ານບໍ່ສາມາດໄດ້ຮັບຫລືໃຫ້ການບໍລິການໃນແບບທີ່ທ່ານຂໍຮ້ອງເອົາ.
- ທ່ານຫລືຜູ້ຕາງໜ້າໃຫ້ທ່ານໄດ້ຂໍເອົາການບໍລິການນີ້ແອງ.

ການຕັດສິນ

ການບໍລິການ	ການຕັດສິນ	ເຫດຜົນ	ຈຳນວນ
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ	WAC 388-	ຈາກ:
		ເຫດຜົນ	ເຖິງ:
	<input type="checkbox"/> ປະຕິສົດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕິ	WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ	WAC 388-	ຈາກ:
		ເຫດຜົນ	ເຖິງ:
	<input type="checkbox"/> ປະຕິສົດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕິ	WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ	WAC 388-	ຈາກ:
		ເຫດຜົນ	ເຖິງ:
	<input type="checkbox"/> ປະຕິສົດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕິ	WAC 388-	

ການຕັດສິນ (ຕໍ່)

ການບໍລິການ	ການຕັດສິນ	ເຫດຜົນ	ຈຳນວນ
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	WAC 388- ເຫດຜົນ	ຈາກ: ເຖິງ:
		WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	ເຫດຜົນ	ເຖິງ:
		WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	ເຫດຜົນ	ຈາກ: ເຖິງ:
		WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	ເຫດຜົນ	ເຖິງ:
		WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	ເຫດຜົນ	ຈາກ: ເຖິງ:
		WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	ເຫດຜົນ	ເຖິງ:
		WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	ເຫດຜົນ	ຈາກ: ເຖິງ:
		WAC 388-	
	<input type="checkbox"/> ອຸດລົງ <input type="checkbox"/> ປະຕິເສດ <input type="checkbox"/> ຢຸດຕີ	ເຫດຜົນ	ເຖິງ:
		WAC 388-	
ຄໍາເຫັນເພີ່ມເຕີມຕ່າງໆ			

ສຶກທິຕ່າງໆຂອງທ່ານໃນການຊຸ່ອນ

ທ່ານມີເວລາຢູ່ **៩០** ມື້ ຈາກນີ້ໄດ້ຮັບຈົດໝາຍແຈ້ງນີ້ ເພື່ອຂໍການຝັງເຮືອງໃນການປະຕິບັດການນີ້.

- ຖ້າທ່ານໄດ້ຮັບການບໍລິການທີ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ໂດຍ ອົດໃນປະຈຸບັນນີ້ ແລະຢາກໃຫ້ການບໍລິການສືບຕໍ່ໃນຂນະທີ່ຢືນຮະບົບການຝັງເຮືອງນີ້, ທ່ານຈໍາຕ້ອງປະກອບເອກະສານຂໍຟັງເຮືອງກັບຄໍານາດການປົກຄອງພາຍໃນ _____.
- ຖ້າທ່ານລືອກສືບຕໍ່ຮັບເອົາການບໍລິການທີ່ຖືກຈ່າຍໃຫ້ ແລະຜົນສຸດທ້າຍຂອງການຕັດສິນຊໍ້ພັດປັນຂອງຝ່າຍຫ້ອງການຊະນະເຮືອງ, ທ່ານອາດໄດ້ຮັບຜິດຊອບຈ່າຍເງິນຄືນຄົງເຖິງ **៩០** ມື້ຂອງການບໍລິການຕ່າງໆທີ່ຈໍາປັບປຸງໄດ້.
- ຖ້າທ່ານບໍ່ຕ້ອງການສືບຕໍ່ຮັບການບໍລິການຂອງທ່ານ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ:

ຜັດຈັດການສໍານວນແຫ່ງການຂ່າຍເຫຼືອ	ຫີ່
ເລກໄທຮະສັບ	

ທ່ານມີສຶດທິຕ່າງໆຜູ້ລຸ່ມນີ້ຄື:

1. ເປັນຜູ້ຖືກຕາງໆໜີ້ໄດ້ (ທ່ານອາດເໝາະສົມໄດ້ການຊ່ອຍເຫຼືອດ້ານກົດໝາຍທີ່ບໍ່ຄືດຄ່າ);
2. ຂໍເອົາສໍາເນົາເອກະສານຂອງທ່ານ ຜ້ອນທັງໝົດຫຼັງໝົດທີ່ທີບທວນໄດ້ພະແນກ ອົດໃນການຕັດສິນສໍານວນ;
3. ຢືນເອກະສານເພື່ອເປັນຫຼັກຖານ;
4. ເພື່ອໃຫ້ການຕອນຝັງເຮືອງແລະສະໜີພະຍານທັງຫລາຍເພື່ອໃຫ້ການແທນຕົວທ່ານ;
5. ເພື່ອຊັກຖານໄຂວ່ວປະເຊີນຫົວພະຍານທັງຫລາຍທີ່ ນາໃຫ້ການແທນພະແນກ.

ໃບເອກະສານຂໍຟັງເຮືອງກັບຄໍານາດການປົກຄອງມິນພ້ອມນີ້.

ທ່ານມີຄໍາຖາມໄດ້ງໍ່

ທ້າທ່ານມີຄໍາຖາມໄດ້ງໍ່ກ່ຽວກັບການຕັດສິນເງື່ອນໄຂຄວາມໝາະສົມນີ້ ຫລືສຶດທິຕ່າງໆໃນການຊຸ່ອນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ຫາ:

ຫີ່	ເລກໄທຮະສັບ	ຫ້ອງການປະ ຈຳຫ້ອງຖິ່ນ
-----	------------	----------------------

ໝາຍແຈ້ງປະຕິບັດການຕາມແຜນ
ການບໍລິການຕ່າງໆຂອງເມັດຄອດ
ເຜື່ອຂ່າການຝັງເຮືອງ
ທີ່ງຕາມມາດຕາມວົດ 388-02-ກົດການຝັງເຮືອງຂອງກົມ DSHS.

FOR AGENCY USE ONLY	
<input type="checkbox"/> Oral request taken by:	
NAME	TELEPHONE NUMBER
INVOLVED DIVISION/ORGANIZATION	

ໃຫ້ສົ່ງຫາ: OFFICE OF ADMINISTRATIVE HEARING (OAH), MAIL STOP: 42489
PO BOX 42489
OLYMPIA WA 98504-2489

ແຜນກົດ: 360-586-6463

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງເອົາການຝັງເຮືອງ ບ່ອນວ່າຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ເຫັນຜ້ອມກັບການຕັດສິນໄດ້ກົມສັງຄົມສົງຄາະແລະສາທານະສຸກ (DSHS):

- ໃຫ້ອະທິບາບໄດ້ຍັ້ງວ່າກົມ DSHS ໄດ້ຮັດໜີ້ໄດ້ຮັດໜີ້ (ໃຫ້ເຟີ່ມໜ້າເຈັດໜີ້ທັກຕ້ອງການບ່ອນວ່າງໝາຍອີກ); ແລະ
- ໃຫ້ຕິດຂັດສຳເນົາໃບແຈ້ງການທີ່ທ່ານຂໍອຸທອນນັ້ນໄປຜ້ອມ, ຖ້າເປັນໄປໄດ້

ຊື່ຂອງທ່ານ (ກະຮຸນາຂຽນຕົວພິມ)	ວັນເດືອນປີເກີດ	ເລກປະກັນສັງຄົມ
ບ່ອນຢູ່ຂອງຜູ້ປະກອບການຮ້ອງວ່າ	ເລກປະຈຳຕົວຂອງລູກສໍານວນ	
ເມືອງ	ຮັດ	ເລກຮະຫັດເວັດໄປສະນີ

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຖືກແຈ້ງການໃນນີ້: _____ ໂດຍ: _____
ວັນທີ _____ ຊື່ຂອງຫ້ອງການ ດຣເຊ.ຜ້ອມເວັດທ້ອງຖິ່ນ

ຂ້າພະເຈົ້າຢັ້ງສືບຕໍ່ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ, ຖ້າຂ້າພະເຈົ້າຫາກນີ້ງ່ອນໄວ: ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ໄຄງການ: _____

ຂ້າພະເຈົ້າຖືກແທນຕົວໄດ້ (ຖ້າທ່ານເປັນຕົວແທນໃຫ້ຕົນເອງ, ບໍ່ຕົກຕິ່ນສອງແຫວ່າຕໍ່ໄປນັ້ນ):

ຊື່ຂອງຜູ້ຕາງໜ້າຕາມກົດໝາຍແກ່ທ່ານ	ອີງການ	ເລກໂທຮະສັບ
ບ່ອນຢູ່	ເມືອງ	ຮັດ

ຂ້າພະເຈົ້າຈະອຸບາດໃຫ້ປ່ອບໍ່ມູນການຝັງເຮືອງຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃຫ້ຜູ້ຕາງໜ້າຂອງຂ້າພະເຈົ້າ.

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ

ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາ ຫລື ການອໍານວຍຄວາມສະດວກພິສະດແນວໃດບໍ່ໃນການຝັງເຮືອງນີ້? ຕ້ອງການ ບໍ່ຕ້ອງການ
ທັກຕ້ອງການ, ແມ່ນພາສາໄດ້ ຫລື ການຊ່ວຍເຫຼືອແນວໃດ? _____

ຜູ້ຝຶພາກສາອໍານາດການປົກຄອງຝັງເຮືອງ (ALJ's) ອາດທ່ານກັບການຝັງເຮືອງທາງໃຫຮະສັບ. ຖ້າທ່ານປາກປ່ຽນເປັນການຝັງເຮືອງແບບໄປພົບເອງ, ໃຫ້ປະຕິບັດຕາມຂໍ້ແນະນຳຕ່າງໆຂອງໃບແຈ້ງການໆຝັງເຮືອງທີ່ຈະສື່ງໃຫ້ທ່ານໄດ້ບໍ່ຫ້ອງການ OAH ນັ້ນ.

ខ័ណ្ឌអីកិច្ចមាមខែវត្ថុ (WAC) សំរួលការងារប្រព័ន្ធប្រព័ន្ធផែនក្នុងការងារ

ការងារប្រព័ន្ធ	WAC	ឈ្មោះ
ខ័ណ្ឌមិនទាក់ទងការងារដែលបានផ្តល់នូវការងារ	388-440-0001(1)	ខ័ណ្ឌមិនទាក់ទងការងារ ETR
	388-106-0815	ពេញនិយមនៃការងារ
ការងារប្រព័ន្ធដែលបានផ្តល់នូវការងារ		
សុខភាពការងារនៃការងារ	388-106-0815	ពេញនិយមនៃការងារ
	388-106-0810	តាមការងារ ADH
ខ្លួនឯកសារការងារ	388-106-1010(d)	ការងារប្រព័ន្ធដែលបានផ្តល់នូវការងារ និងការងារ 4 និងការងារ 5
	388-106-1010	ពេញនិយមនៃការងារ
	388-106-1030	ខ្លួនឯកសារការងារ
ការងារប្រព័ន្ធដែលបានផ្តល់នូវការងារ	388-106-0210	ពេញនិយមនៃការងារ MPC
ជូនឯកសារការងារ MPC	388-106-0130; 0135	ការងារប្រព័ន្ធដែលបានផ្តល់នូវការងារ
	388-106-0220	ខ្លួនឯកសារការងារ និងការងារ 4 និងការងារ 5
	388-106-0080; 0125; 0130	តាមការងារ ADH
ការងារប្រព័ន្ធដែលបានផ្តល់នូវការងារ	388-106-0080; 0115	តាមការងារ ADH
	388-106-0120	ខ្លួនឯកសារការងារ AFH/ARC
តាមការងារ MPC	388-106-0120	ពេញនិយមនៃការងារ MPC
	388-106-0213; 0130; 0135	ខ្លួនឯកសារការងារ AFH/ARC
	388-106-0220	ខ្លួនឯកសារការងារ AFH/ARC

INSTRUCTIONS FOR MEDICAID SERVICES PLANNED ACTION NOTICE

Notification Requirements

1. A Planned Action Notice must be sent when a service(s) is reduced, denied, or terminated.
2. A request for a specific service can be oral or in writing. A denial of either request requires a Planned Action Notice.
3. All decisions are documented in the client's CARE Service Episode Record.
4. The Planned Action Notice must be sent within 5 working days of the decision date.
5. The Planned Action Notice is addressed to the client regardless of age and a copy sent to their representative per WAC 388-825-100. Use the following order to determine who represents the client:
 - A parent if the client is under the age of eighteen (18);
 - The guardian or other legal representative;
 - Other relative;
 - Other person identified by the client;
 - An advocacy agency.

Completing the form

1. The effective date
 - The effective date of a reduction or termination is always the last day of the month. It is a minimum of 10 working days and a maximum of 90 days from the date the Planned Action Notice is mailed to the client.
2. Services: Choose the service from the attached list of services and WAC references.
3. Decision: Identify the appropriate decision.
4. Reason:
 - Insert the WAC number(s) that give the legal authority for the decision.
 - Insert the corresponding number of the reason(s) listed on the Planned Action Notice for the decision.
5. Amount:
 - Amount and unit of service required for Reductions.
 - Example: Reduced "From" 100 hours per month "To" 80 hours per month.
6. Page two is optional. Use if there are more than two decisions.
7. Instructions for completing a translated form:
 - Enter the information in English
 - Identify each service with a number if there is more than one.
 - Write the number next to the corresponding reference line on the Services/WAC chart and highlight the WAC reference and reason.

Appeal Rights

1. Insert a date in the first bulleted statement ONLY if this is a reduction or termination of an existing service.
2. To calculate the date in the first bulleted statement:

- Count 10 days from the date the notice is mailed. The 10th day must be a working day.
- Extend to the end of that month.

Examples:

1. The notice is completed October 10th with anticipated mailing October 11th.
 - Ten (10) days counting October 11th is October 20th.
 - The last day of the month of the 10th day is October 31st.
2. The notice is completed October 20th with anticipated mailing October 23rd.
 - Ten (10) days counting October 23rd is November 1st.
 - The last day of the month of the 10th day is November 30th.
3. Case/Resource Manager name for terminating paid services during an appeal is the CRM responsible for authorizing the client's paid services.
4. The name at the bottom of the form will be determined by regional authority.